运用耳尖放血联合穴位贴敷治疗一例风温病（痰热壅肺证）患者的护理体会

李荣华

（北京中医药大学东直门医院 Dongzhimen Hospital Beijing University of Chinese Medicine 呼吸科，北京市，100010）

摘要：本文总结耳尖放血联合穴位贴敷治疗而改善的风温病（痰热壅肺证）患者的个案报告的护理经验。患者入院后完善护理评估，辨证分析，基于中医基础理论，开展耳尖放血，穴位贴敷治疗等中医护理干预，有效降低患者体温，咽痛等症状，促进患者快速康复。

关键词：风温；痰热壅肺；穴位贴敷；耳尖放血；中医特色技术

“风温”一词最早见于《黄帝内经》，随着历史的变迁，古医籍中“风温”名同而概念不同，历代医家对“风温”的定义各有不同。汉代张仲景《伤寒论》：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病，若发汗已，身灼热者，名曰风温。” 但仲景所指的风温是热病误汗后的坏证， 与感受风热病邪所引起的急性外感热病的风温有所不同，至清代，叶天士则明确提出风温为新感温病，并创立了卫气营血辨证论治体系。继叶之后陈平伯所著《外感温热篇》：“风温为病，春月与冬季为多，或恶风或不恶风，必身热咳嗽、烦渴，风温内袭，肺胃受病”对风温病均作了详尽的阐述。肺热病首见于《素问.刺热篇》：“病者，淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热，热争则喘咳， 痛走胸膺，不得太息，头痛不堪”。可见，肺热病与风温病的症状相似。

随着对古代文献的研究及临床实践总结深入的认识，１９８６年，国家中医药管理局医政司北方肺热病组将《内经》的肺热病与陈平伯的风温肺病合而为一称为“风温肺热病”[1]。今《温病学》教材将风温归为新感温病，定义“风温”为感受风热病邪所引起的急性外感热病，初起以发热，微恶风寒，咳嗽等肺卫表热证为主要证候，四季均可发生，多发于冬春两季[2]。

１９９４ 年中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》 将风温肺热病分为 6 个证型。其中痰热壅肺：身热烦渴，汗出，咳嗽气粗，或痰黄带血，胸闷胸痛，口渴。舌红苔黄，脉洪数或滑数[1]。

本文总结一名风温病（痰热壅肺证）的患者，针对急性发热，高热不退，咽喉疼痛难忍的症状，以中医治疗为主，“标本兼治”为则，遵医生医嘱予患者耳尖放血联合穴位贴敷治疗，经过治疗后患者退热及咽痛疗效显著；现报告如下。

1 病历资料

患者男，36 岁，于 2024 年 1 月 24 日由急诊收入呼吸科病房。主诉：“间断发热，咳嗽，咳痰 3 天”。刻下症：发热，体温最高 38℃，稍恶寒，咳嗽，咳痰，痰黄质黏，不易咳出，鼻塞流涕，咽干咽痛，全身酸痛，纳少，咽痛致眠易醒。大便成形日 2 次，小便黄。舌苔脉象：舌红，苔白稍腻；脉弦滑数。既往史：高血压病史 4 年，规律服用拜新同 2 年，已停药 2 年；高脂血症病史 2 年，规律服用阿托伐他汀钙片半年，现已停药。否认其他病史。否认药物及食物过敏

史。家族史：父亲高血压，高血脂病史，已故；母亲体健。体格检查：T：37.9℃ P：95 次 R：28 次/分 BP：173/95mmHg。辅助检查：(2024-01-24 东直门医院）急诊血常规+CRP：白细胞计数(WBC）9.8×10^9/L↑，红细胞计数（RBC）4.94×10^{12}/L，血红蛋白量（HGB) 151 g/L，血小板计数（PLT) 191$\times10^9$/L，Ne# 7.5$\times10^9$/L↑，NE% 76.4↑，LY% 13. 0%↓，EO% 0.0% ↓，EO# 0.0$\times10^9$/L，C 反应蛋白（CRP） 34.87mg/L↑。中医诊断：风温病；辨证分型：痰热壅肺证。西医诊断：肺炎。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 发热：患者持续高热，采用风温肺热病症状分级量化表，总分 1-36 分，1 分表示最轻，36 分表示最严重；患者得分 14 分。

2.1.2 咽痛：患者咽干咽痛难以忍受，采用疼痛数字评分法（NRS）评估记录表评估患者咽痛的情况，疼痛数字评分法（NRS），总分 0-10 分，0 分表示无痛，10 分表示重度疼痛；患者得分 8 分。

2.2 护理诊断及计划

2.2.1 发热：肺脏对于机体的津液的输部和气机的运行发挥着重要作用，而邪热疫毒，损伤肺脏，热盛伤津，阴液耗损，肺气郁闭，气机宣畅不利，郁而化热，故见发热[3]。制定护理目标为患者清热解毒，使体温降至正常水平。

2.2.2 咽痛：邪热疫毒，损伤肺脏，热盛伤津，阴液耗损，痰壅热蒸[1]，火性炎上，灼伤咽喉，导致患者咽痛难以忍受。制定护理目标为患者清热解毒，使咽痛减轻。

根据以上护理诊断和护理计划，通过中医护理干预降低患者体温，缓解患者咽痛的症状，提高患者生活质量。

2.3 中医特色护理措施

2.3.1 耳尖放血操作方法[4]

2.3.1.1 选穴：取患者单侧耳轮顶端的耳尖穴，耳尖穴在耳郭的上方，当折耳向前，耳郭上方的尖端处为耳尖穴。

2.3.1.2 按摩耳廓使其充血均匀,常规清洁、消毒放血部位:用棉球蘸取碘伏仔细擦拭穴位及其四周，再用酒精棉球擦拭以严格消毒，至皮肤待干。

2.3.1.3 左手固定耳廓，右手操作，右手持三棱针，对准耳尖穴施针处速刺 1-2mm，再用干棉球擦拭放血处，出血量一般根据患者病情、体质而定，每次放血 5-10 滴，每滴如黄豆大小，约 5mm 直径大小，再以干棉球压迫止血，可每天 1 次。

2.3.1.4 禁忌症

（1）孕妇及哺乳期妇女；（2）合并肝、肾和造血系统严重原发疾病及精神病患者;（3）身体特别虚弱，过敏性体质及有出血倾向者；（4）耳部皮肤有破溃者。

2.3.1.5 注意事项

为患者取舒适及方便操作的适当体位，一般采取坐位，半卧位或侧卧位，能充分暴露操作部位为宜;在治疗前做好宣教并解释治过程中出现的疼痛和不适症状，以便取得患者配合治疗，在选穴时要注意准确定位，不明确时要向医生询问，了解清楚后方可操作，针刺时力度要适中，力度过大会加剧患者的疼痛和不适，力度过小则减低治疗效果；治疗及治疗结束后，观察患者耳穴周围皮肤情况，出现皮肤过敏等不适症状及时上报医生处理;治疗时注意保暖,适当给予热饮，以利发汗；在发汗时，应避免冷风或风扇空调直吹，以免复感加重病情；汗出退热后，用毛巾擦拭皮肤，更换清洁干燥的内衣，预防风吹；嘱患者多休息，多饮水，多食蔬菜水果，忌食辛辣刺激生冷食物，避免浓茶咖啡饮料等，戒烟禁酒，以扶之正气，预防延缓病愈时间；严密观察患者生命体征及汗出情况，发现异常立即报告并积极配合医生抢救。

2.3.2 穴位贴敷治疗方法[5]

2.3.2.1 选穴：肺腧（双侧，第三胸椎棘突下旁开 1.5 寸）

2.3.2.2 穴位贴敷操作方法：选用黄连（清热解毒）20g 黄柏（清热）20g 地肤子（利水渗湿）20g 赤芍（清热）20g 苦参（清热）20g 连翘（清热解毒）20g 桑枝（祛风湿，通经络）10g 蒲公英（清热解毒）20g 路路通（祛风活络通经）15g 紫草（清热凉血，活血解毒）10g 地丁（清热解毒）15g 透骨草（祛风湿，解毒止痛）10g 炙乳香（疏通经络）10g 炙没药（通经活络）10g 研磨成粉加适量醋调成糊状药膏；用调配好的药膏，做成直径约 1.5cm、厚约 0.3cm 的药饼，分

别贴敷于患者肺腧（双侧，第三胸椎棘突下旁开 1.5 寸）上，用橡皮膏固定。贴敷 4~6h 后取下。

2.3.2.3 穴位贴敷注意事项：

（1）贴敷期间，忌生冷、海鲜、肥甘厚腻之品，忌烟酒、过饥、过饱。（2）贴敷过程中避免直接吹风。（3）贴敷时穿宽松柔软衣服，贴敷期间尽量减少活动，防止大量出汗。（4）贴敷过程中，加强巡回观察，如患者出现局部灼热、疼痛等情况，及时取下贴敷药膏。

2.4 护理评价

耳尖放血第一次治疗：经过 1 月 25 日 1 次耳尖放血治疗后，患者诉咽痛立即明显好转，

耳尖放血第二次治疗：经过 1 月 26 日 1 次耳尖放血治疗后，患者体温已恢复正常且不在反复。

两次耳尖放血治疗后：1 月 27 日患者主诉经过 25 日和 26 日 2 次耳尖放血治疗后已无咽痛，睡眠已正常。体温已恢复正常且不在反复。患者咽痛采用疼痛数字评分法（NRS）评估记录表，评分已从 8 分降至 0 分。

患者治疗期间经过 1 月 25 日和 1 月 26 日耳尖放血共治疗 2 次，穴位贴敷治疗共治疗 4 次；患者风温肺热病症状分级量化表，由入院时得分 14 分降至 0 分。患者入院时急诊血常规+CRP：白细胞计数(WBC）由 9.8×10^9/L 降至 5.3×10^9/L，C 反应蛋白（CRP）由 34.87mg/L 降至 2.89mg/L。治疗前后对照统计成表格如下：

名称 / 时间	白细胞计数 (WBC）	C 反应蛋白（CRP）	风温肺热病症状分级量化表得分	咽痛疼痛数字评分法（NRS）评估记录表得分
入院时间 2024 年 1 月 24 日	9.8×10^9/L	34.87mg/L	14 分	8 分
出院时间 2024 年 1 月 30 日	5.3×10^9/L	2.89mg/L	0 分	0 分

2.5 随访

患者诉中医治疗耳尖放血与穴位贴敷治疗效果非常好，尤其是耳尖放血治疗咽喉疼痛效果非常明显。

3 讨论

早在 2000 多年前，中医学已经认识到耳朵与经络之间存在一定的联系，《黄帝内经》中也有关于耳朵与经脉、经别、经筋之间关系的记载，且指出六阴经通过经别与阳经间接地与耳相连[5]。《灵枢 •热病》中明确了针刺治疗发热性疾病的重要性[6]。《灵枢 • 口问》曰："耳者，宗脉之所聚也"。放血疗法古代称为"刺络"，有开窍泄热、活血消肿的作用。运用耳尖放血疗法可以促进血液循环，有止痛、消炎、退热、镇静、降压、抗过敏、清脑明目等作用，并改善组织供血

供氧，及调理脏腑机能、传递生物信息、增强免疫力和促进细胞代谢功能[4]。耳尖放血临床应用中未出现严重不良反应，耳廓红肿血肿、疼痛及晕针出现的频率较高，建议临床施术前护理人员积极对患者预防宣教，打消患者紧张情绪，避免患者过饥、过劳，做到安全合理地使用耳尖放血疗法[7]。同时，耳尖放血疗法具有操作简单，价格低廉，疗效迅速，无毒副反应，值得临床广泛应用[4]。

穴位贴敷是中医外治的一种常用方式，在对应穴位上贴敷中药制剂后通过穴位与药物共同作用起到治疗疾病的效果。通过体表用药，可在对应组织器官产生药物效应，从而治疗内在疾病。肺俞可以治疗肺部疾病；早在《黄帝内经》中就有中药贴敷内病外治的记载，中药穴位贴敷是在传统中医学的基础上演变而来的，通过穴位贴敷可以利用药物作用刺激人体经络、调节体内气血阴阳运行，药物经透皮作用，调达脏腑、疏通经络[5]。中药穴位敷贴疗法以中医整体观念和经络学说为指导，既有药物本身的渗透吸收作用，又有药物对穴位的刺激作用以及经络穴位的传导功能，它们之间相互影响、相互作用、相互补充，共同发挥整体叠加治疗作用[8]。

通过耳尖放血联合穴位贴敷治疗能有效改善风温病（痰热壅肺证）患者的临床症状，降低炎症指标，患者的生活质量得以改善；耳尖放血联合穴位贴敷对风温病（痰热壅肺证）有较好的临床效果。目前，关于穴位贴敷治疗风温病（痰热壅肺型）的疗效观察的研究很多，但基于子午流注学说探讨择时穴位贴敷治疗风温病（痰热壅肺型）的疗效观察研究较少[9]。并且关于耳尖放血联合穴位贴敷治疗风温病（痰

热壅肺型）的疗效观察的研究更少，推动耳尖放血及穴位贴敷治疗的发展需对护理人员规范化培训，做到安全合理使用；同时，加强临床应用与机制研究，丰富耳尖放血及穴位贴敷的研究方向。由于本研究选取的样本量较少，且仅限于风温病（痰热壅肺型）患者，其代表性有限，后续需进一步开展多中心、大样本的研究，并进行多维度深入探讨与总结，从而为中医护理事业的发展提供更有价值的借鉴。

患者知情同意：病例报告公开得到患者的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

4 参考文献

[1] 马文静.陷麻消痰汤治疗社区获得性肺炎（痰热壅肺证）的临床疗效观察[D].成都中医药大学,2015.

[2] 陈韵.中医风温源流及其辨治研究[D].南京中医药大学,2022.

[3] 杜海波.瓜芩清肺饮治疗风温肺热（痰热壅肺证）的临床研究[D].长春中医药大学,2009.

[4] 杨欢,李永红.针刺耳尖放血治疗发热患者的护理观察[J].新疆中医药,2015,33(06):69-70.

[5] 曾笑影.穴位贴敷联合耳穴压豆治疗慢性支气管炎临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(05):102-104.

[6]曾灿辉,郭萍,廖荣荣,张春霞,张莉娟.中药穴位贴敷联合耳尖放血治疗外感高热的临床观察[J].广州中医药大学学报,2021,38(05):967-972.DOI:10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.05.020

[7]宋庆雨,王喆,刘振宇,朱世壮,刘长玥,王萌萌,杨佃会.基于文献计量学的耳尖放血病谱与适宜病症研究[J].军事护理,2024,41(03):79-81+85.
[8]贺艳萍,肖小芹,邓桂明,欧阳林旗,陈镇,张志国.中药穴位贴敷作用机理研究概况[J].中国中医药信息杂志,2017,24(03):134-136.
[9]刘小燕,周萍,钟彬,赵川,张远尚,苏芳.择时穴位贴敷治疗在痰热壅肺型风温肺热病患者中的应用效果[J].当代护士(上旬刊),2022,29(02):128-130.DOI:10.19791/j.cnki.1006-6411.2022.04.039